

109 年度公益彩券回饋金排除就醫障礙計畫申請書

年度	109 年度	計畫編號	免填
計畫名稱	新竹縣 109 年度弱勢個案就醫補助計畫	計畫金額	新臺幣 335,000 元
主(協)辦單位	主辦單位	新竹縣政府衛生局	
	協辦單位		
壹、計畫內容(註 1)			
<p>一、 依據：財政部公益彩券回饋金運用及管理作業要點第 4 點第 1 項第 2 款第 6 目及衛生福利部審查申請運用公益彩券回饋金計畫處理原則第 3 點規定。</p> <p>二、 目的：協助低收入邊緣戶等弱勢族群，排除其就醫障礙，維護其健康之相關費用。</p> <p>三、 辦理期程：109 年 1 月 1 日至 12 月 15 日止</p> <p>四、 補助對象及經濟困難認定標準：(請勾選)</p> <p style="margin-left: 40px;"> <input checked="" type="checkbox"/> 低收入戶 ：其資格認定係依據社會救助法第 4 條規定。 <input checked="" type="checkbox"/> 中低收入戶 ：其資格認定係依據社會救助法第 4 條之 1 規定。 <input checked="" type="checkbox"/> 其他經濟弱勢：符合各級政府依其相關規定補助之經濟弱勢者或由各級政府認定經濟困難並開立證明者，抑或符合各縣(市)街友(或遊民)安置輔導辦法者。 </p> <p style="text-align: right; margin-right: 100px;"> 共約補助人數： <u> 35 </u> 補助人次： <u> 385 </u> </p> <p>五、 補助項目及標準：(請配合經費概算表勾選)</p> <p style="margin-left: 40px;"> <input checked="" type="checkbox"/> 健保欠費：無力繳納健保費或積欠健保費者，予以協助繳納健保欠費之金額。 <input checked="" type="checkbox"/> 健保部分負擔：係指健保在保者就醫時，由健保特約醫療院所代為收取健保給付範圍之自付費用。(包含門診、急診、住院部分負擔) <input checked="" type="checkbox"/> 住院膳食費：住院期間健保不給付之膳食費用。 <input checked="" type="checkbox"/> 掛號費：健保不給付之門診、急診及住院掛號費用。 </p> <p style="margin-left: 40px;">* 以上各項補助費用合計每人每年 3 萬元為上限。</p> <p style="margin-left: 40px;">* 補助對象若符合縣(市)醫療補助辦法第 2 條，依法已受補助者，或政府已依相關規定編列預算執行者，皆不予補助。</p>			

六、執行方式：

(一) 補助案件之申請、審核、補助等程序。

1.申請補助者應於發生醫療行為之當年度(惟迄 108 年度補助計畫截止日後補助經費仍未用罄時,108 年 12 月 16 日至同年月 31 日之就醫相關費用亦能申請),填具申請表並檢具以下資料,向衛生局提出申請(亦可由醫院、區公所、衛生所代為轉送申請書):

- (1) 國民身分證正反面影本或戶口名簿影本一份;居留證或護照影本(為因應有健保身分之外籍人士)。
- (2) 經濟困難資格證明文件(如低收、中低收入戶證明文件、各級政府依其相關規定補助之經濟弱勢證明或由各級政府認定經濟困難並開立之證明或街友、遊民安置輔導辦法之證明)。

(申請人因故須由他人代理申請者,以其親屬為優先;無親屬者,得由社工訪視員或村里長代為申請。但代理申請書需有申請人之親筆簽名或捺印。)

2.經衛生局審核通過後,核發程序如下:

- (1)就醫相關費用部分(健保部分負擔、住院膳食費、掛號費、無健保身分者就醫時之醫療自付費用),經衛生局審核醫療院所所開具之領據及醫療費用明細或醫療明細收據、統一發票或相關書據無誤後,將款項核撥至代墊醫療院所或受補助者。(衛生局可與醫院溝通後,於受補助者申請核可後,可採預支現金代墊費用,再統一按月以該醫院領據及名冊向衛生局辦理經費核銷)
- (2)健保欠費部分,由衛生局向中央健康保險署確認受補助者是否有健保欠費及健保欠費之金額後,以保險費收據進行核銷。

貳、預期效益

「預期效益」除就以下項目重點說明外,申請單位可視計畫特色,另為詳述:

(1)整體計畫效益:

1. 協助弱勢個案得到醫療支持,其受惠者達預期之 90%。
2. 提供病人就醫相關費用以提升就醫意願以控制病情;並減輕弱勢族群就醫負擔,增加就醫延續性及規則性。
3. 落實即早發現即早治療的目的,減少醫療資源的浪費,並彰顯公益彩券回饋金辦理公益、回饋民眾的性質。

預估受益人數 35 。

受益人次 385 。

(2)整體計畫直接及間接促進就業效果:

1. 約 20% 受惠者於規則就醫後，其病情穩定可提升就業能力及動機。
2. 受惠者因接受補助後，除得到醫療資源、病情穩定外，其家庭支持度及家屬態度得以改善。
3. 其補助受惠者中約 90% 因經濟因素無法規則就醫而導致病情控制不佳之病人，經補助就醫相關費用後，病情得以穩定控制，並規則就醫。

肆、聯絡人及聯絡方式

主辦單位聯絡人	黃姿綺	聯絡地址	新竹縣竹北市光明七街 1 號
		電子信箱	10015042@hchg.gov.tw
		聯絡電話	03-5518160#152

註：1. 主辦單位應視申請案件需要，檢附其他所需文件。

2. 經費概算中，業務費等經常性支出，得視需要酌予補助；至採購固定資產及設備等資本門支出，則不予補助；業務費應依據衛生福利部補(捐)助科技發展計畫經費編列基準及使用範圍與其相關規定編列(如附件)。

新竹縣 109 年弱勢個案就醫補助健保及醫療費用申請書

申請人資料	姓名： _____ 性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 出生： _____ 年 _____ 月 _____ 日 國民身分證統一編號： _____ 電話：(H) _____ (O) _____ (M) _____ 家屬姓名： _____ 關係： _____ 電話： _____ 居住地址： _____ 戶籍地址： _____	
代理人	申請人因 <input type="checkbox"/> 重病昏迷 <input type="checkbox"/> 未成年 確實無法填寫申請書 代理人姓名： _____ 與申請人關係： _____ 電話： _____ *重病昏迷者需檢附證明書，以茲證明無法親筆簽名 *申請人因故須由他人代理申請者，以其家(親)屬為優先；無家(親)屬者，得由社工訪視人員或村里長代為申請。 *未成年者，請由法定代理人代為申請，並檢附證明文件(例如：同戶戶口名簿或戶籍謄本)	
申請項目	<input type="checkbox"/> 住院膳食費，金額： _____ 元 <input type="checkbox"/> 部分負擔費用：門診金額： _____ 元、急診金額： _____ 元、住院金額： _____ 元 <input type="checkbox"/> 掛號費用，門診金額： _____ 元、急診金額： _____ 元 <input type="checkbox"/> 健保費用，金額： _____ 元(每人每年以 10,000 元為限) *總計金額： _____ 元(每人每年以新台幣 30,000 元為限)	
證明文件	已繳清醫療費用	積欠醫療費用
	1. <input type="checkbox"/> 申請人身分證影本、戶口名簿影本或戶籍謄本正本(3選1) 2. <input type="checkbox"/> 低收入戶、中低收入戶、各級政府認定經濟困難證明 3. <input type="checkbox"/> 弱勢個案就醫補助申請書 4. <input type="checkbox"/> 繳費收據正本(不得為影本並蓋與正本相符章) 5. <input type="checkbox"/> 存摺影本	1. <input type="checkbox"/> 申請人身分證影本、戶口名簿影本或戶籍謄本正本(3選1) 2. <input type="checkbox"/> 低收入戶、中低收入戶、各級政府認定經濟困難證明 3. <input type="checkbox"/> 弱勢個案就醫補助申請書 4. <input type="checkbox"/> 醫療欠費明細表 5. <input type="checkbox"/> 醫療請款公文及請款收據正本

註： 1. 本表有關申請人基本資料、求助事由、證明文件係申請人或家屬據實陳述，如有不實願負相關法律責任。
 1. 同意新竹縣政府衛生局如基於個案評估及審核之必要，得以調閱申請人及家屬之戶籍或財稅有關資料。
 3. 申請人不得重覆申請部份負擔及健保費等補助項目，一經查明取消補助相關費用。

申請人(本人)簽名蓋章： _____

申請日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

代理人(本人)簽名蓋章： _____

領款單據

壹、經費支出事由：辦理衛生福利部109年度公益彩券回饋金計畫—新竹縣弱勢個案就醫補助計畫領款單據

貳、收據：(金額處請勿塗改)

姓名	身份證字號	補助金額
實際補助金額		元整
申請人簽章：		

參、帳戶資料

黏貼存摺影本

中華民國 年 月 日